

кишечника (2), прободной язвы 12-перстной кишки (1), селезенки (1). Диагностика сепсиса основывалась на клинической картине, высеивании из крови микроорганизмов, рост которых наблюдали у 11 больных (91,7%). В 63,6% случаев высеивался золотистый стафилококк, кишечная палочка – 9,0%, синегнойная палочка – 9,0%, протей – 9,0%, микробные ассоциации – 9,0%.

Хирургический сепсис в большинстве случаев развивался на фоне не санированного очага брюшной полости. При установленном очаге лечение, как правило, начиналось с проведения хирургической санации первичных и доступных вторичных гнойных очагов. В программе интенсивной терапии применены: регионарные методы антибактериальной терапии (внутриартериальное, внутривенное введение антибиотиков к очагу). С целью иммунокоррекции применяли УФО крови, внутрисосудистую лазеротерапию. С целью дезинтоксикации использовали гемосорбцию, плазмаферез, перфузию крови больного через свиную селезенку.

В анализируемой группе больных летальность составила 24,0%.

Таким образом, нужно помнить, что сепсис может развиваться при гнойных процессах брюшной полости. Улучшения результатов лечения больных можно достигнуть на пути концентрации больных в крупных регионах центрах многопрофильных больниц, где в программе лечения возможно применить методы экстракорпоральной детоксикации и др. в сочетании с радикальной хирургической санацией гнойных очагов.

Леонович С.И., Кривеня М.С.,
Леонович С.С.

СЕПСИС В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

/ Минск /

Актуальность проблемы хирургического сепсиса объясняется тяжестью процесса, трудностью диагностики и лечения, значительной летальностью.

Мы наблюдали 12 случаев сепсиса на фоне заболеваний органов брюшной полости. Из них мужчин было 5, женщин – 7, в возрасте от 35 до 70 лет. Последний был вызван острыми гнойными заболеваниями желчного пузыря и печеночных протоков (5), поджелудочной железы (3), толстого